



Ambasciata d'Italia  
Algeri

## MODULO DI RICHIESTA DI CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(giorno/-mese/ anno)

residente al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### CHIEDE il rilascio del certificato di stato di famiglia di:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nome del padre \_\_\_\_\_

Nome della madre \_\_\_\_\_

A tal fine acclude il pagamento della somma di .....

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consola ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679, disponibile nell'apposita sezione modulistica.**

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma